

Produktbenämning	Artikelnummer	Individnummer
------------------	---------------	---------------

Saknad av	Datum då hjälpmedlet upptäcktes saknat
-----------	--

Beskriv vidtagna åtgärder på redan utförd efterforskning
--

Kund	Kundnummer
Anmälare	Anmälningsdatum
Telefon	Ev. telefontid

Fylls i av KHS		
Datum:	Person:	
Åtgärd		
Debitering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Återfunnen datum	Kasserad datum	
Handläggare KHS		

Uppdaterad 20-02-13